



Confiance et adaptation de principes généraux. Le cas de l'équité dans l'accès aux soins

Caroline Guibet Lafaye, Emmanuel Picavet

► To cite this version:

Caroline Guibet Lafaye, Emmanuel Picavet. Confiance et adaptation de principes généraux. Le cas de l'équité dans l'accès aux soins. Action médicale et confiance, Nov 2005, Besançon, France. p. 37-66. hal-00376565

HAL Id: hal-00376565

<https://hal.science/hal-00376565>

Submitted on 16 May 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Colloque « Action médicale et confiance ». Besançon, Nov. 2005.

Emmanuel Picavet (Université Paris-1, UFR 10 et équipe NOSOPHI)

et Caroline Guibet Lafaye (Centre Maurice Halbwachs et équipe NOSOPHI)

Colloque « Médecine et confiance », Besançon (Université de Franche-Comté), 23-25 novembre 2005.

Confiance et adaptation de principes généraux.

Le cas de l'équité dans l'accès aux soins.

Résumé

L'histoire et l'actualité du système de santé et des politiques de santé fournissent d'amples témoignages du caractère relativement indéterminé des principes généraux qui encadrent les politiques de santé. Pourtant, les discussions sur l'état ou sur l'avenir du système de santé et des politiques de santé font intervenir d'une manière cruciale la référence à ces principes.

Nous privilégions ici le cas de certains problèmes de défiance dans la délibération publique. Ces problèmes sont typiquement suscités par les conflits possibles entre les principes d'équité dans l'accès aux soins et la recherche de l'efficacité. Dans la mesure où les interprétations des principes peuvent évoluer, les acteurs sociaux qui ne sont pas certains de faire évoluer les interprétations retenues dans la direction qu'ils jugent bonne peuvent avoir une attitude marquée par la défiance. La mise en évidence de la réalité et de quelques-unes des formes de ce mécanisme constitue l'objet de notre communication.

Il en résulte, en théorie et parfois en pratique, une difficulté spécifique à s'entendre autour des finalités et des moyens des politiques de santé, alors même que certains intérêts ou buts communs substantiels sont partagés. Nous nous efforçons ici d'analyser la manière dont l'intervention de principes généraux peut interdire à certaines politiques de santé de bénéficier de la confiance de l'ensemble des parties prenantes, tout en jouant un rôle structurant dans la délibération publique.

1. Introduction

La confiance en matière médicale concerne tout à la fois, et de manière liée, la relation singulière du patient et du personnel soignant, et l'organisation des soins ou, plus généralement, des pratiques devant promouvoir la santé¹.

La mise en œuvre des politiques de santé concerne simultanément ces deux niveaux décisionnels et c'est aussi le cas pour les raisons de la confiance ou de la méfiance que suscitent ces politiques. En effet, c'est essentiellement à cause de l'impact prévisible sur les soins et l'accès aux soins que la confiance est accordée ou refusée aux politiques de santé.

Or, la définition des politiques, dans ce domaine comme dans d'autres, fait intervenir des principes généraux qui servent à décrire et à mettre en débat les finalités et les moyens déployés. Dans le cas de la médecine, la référence aux principes généraux apparaît tout à la fois *essentielle* (à cause de l'attachement largement partagé à des principes déontologiques traditionnels, à cause du lien avec des thématiques de justice sociale et politique et tout d'abord à cause du rôle des principes dans la délibération publique) et *problématique* (car les principes généraux peuvent évidemment servir à cautionner des pratiques contestées par les uns ou les autres). Sur le versant problématique, une dimension stratégique apparaît inévitablement dans un domaine où certains objectifs sont partagés, mais d'autres non, en sorte que l'interprétation devient un enjeu.

En inscrivant notre réflexion dans des développements récents en philosophie politique et en science administrative, nous voudrions proposer une sorte d'anatomie de la défiance à l'endroit des politiques de santé. Nous chercherons à montrer que la défiance ne peut ici se réduire ni à une simple attitude irrationnelle, ni au fait (malheureux) de l'absence de coïncidence des orientations éthico-politiques des uns et des autres. Au contraire, elle s'enracine dans des raisons compréhensibles qui sont liées à des processus d'interprétation et de coordination qui, dans d'autres circonstances, permettent l'accord et la confiance (alors même que des divergences éthico-politiques importantes peuvent subsister).

¹ Pour des raisons de simplicité, nous considérerons ici seulement les pratiques médicales qui peuvent être considérées comme des soins destinés à promouvoir la santé des patients en réponse à des problèmes liés à la maladie (bien que certaines pratiques médicales comme la chirurgie esthétique ou la procréation médicalement assistée, qui peuvent difficilement être considérées comme marginales aujourd'hui dans les pays développés, affaiblissent certainement la connexion entre médecine et promotion de la santé).

La thèse substantielle que nous tâcherons de défendre et d'illustrer est que la défiance joue dans ce champ le rôle d'un révélateur de l'incapacité des mécanismes de dialogue à rassurer des acteurs sociaux qui ne sont pas certains de faire évoluer les interprétations des principes dans la direction qu'ils jugent bonne.

2. Les compromis autour de principes généraux et la mise en œuvre des politiques. Eléments d'orientation théorique.

a) Le manque de clarté peut-il être autre chose qu'un simple défaut ?

Imaginons qu'une politique de santé soit décidée puis mise en œuvre ; imaginons aussi qu'elle comporte d'une manière essentielle (par exemple dans la spécification des attributions de certains organes de décision ou dans la régulation de leurs relations mutuelles) la référence à des principes généraux tels que l'efficacité, l'équité, etc. De tels principes sont par essence ambigus ou indéterminés ; et peuvent cautionner, selon l'interprétation retenue, des régimes de décision divers.

Dans une perspective d'utilisation optimale des ressources, on pourrait être tenté de traiter comme de simples *défauts* la variabilité des critères (dans la décision) et le manque de transparence (dans la délibération) qui résultent des tâches d'interprétation à laquelle doivent se livrer les autorités administratives et le personnel soignant. Il est d'ailleurs fréquent de voir les phénomènes d'ambiguïté critiqués au motif qu'ils favoriseraient, par exemple, l'inégalité de traitement ou l'inefficacité.

Pour autant, il est de fait que les principes généraux et ambigus jouent un rôle important dans la définition des politiques publiques et il y a lieu de s'intéresser aux particularités d'un régime de coordination de ce genre. D'une certaine manière, les agents sociaux doivent pouvoir obtenir certains avantages à cause du caractère vague des principes de référence. En première approche, on peut songer aux suivants :

(1) les bénéfices en termes de *souplesse* pour le médecin et le patient (en termes d'adaptation à la situation et de connaissance du patient) ;

(2) d'éventuels effets d'*équité*. Ainsi, selon J-P. Moatti [2000], le souci de clarification des règles conduit typiquement à « une éthique utilitariste de maximisation d'un indicateur de santé publique » ne faisant pas forcément droit à ceux dont la situation est la plus critique et

qui apparaissent dès lors comme de mauvais maximisateurs de bénéfices pour les actes médicaux ; la généralité des principes publics est en effet associée à une latitude d'interprétation et d'adaptation importante accordée à des décideurs proches du « terrain » ;

(3) d'éventuels aspects favorables à la *pluralité éthique* au sein du système médical (les patients pouvant s'adresser à des personnels soignants et à des équipes dont la vision du monde est proche de la leur). De ce point de vue, la possibilité pour le personnel soignant de proposer ses interprétations et de s'en inspirer dans la décision fait partie de la relation de confiance avec les patients et des raisons du choix de ces derniers. Il est exact que l'éthique médicale telle qu'elle se pratique aujourd'hui est marquée par la philosophie du consensus issue des travaux des philosophes dans les années 1970 (notamment J. Rawls en philosophie morale générale, T. Engelhardt en éthique biomédicale). Mais en pratique, l'accord ne s'obtient que sur des principes manifestement généraux (la dignité humaine, par exemple) qui tolèrent des interprétations opposées entre lesquelles on n'arbitre que progressivement, par le jeu des procédures politiques².

(4) une aptitude à travailler en commun en laissant de côté certains désaccords.

Le caractère ambigu et général des principes n'est donc pas uniquement à comprendre négativement, comme défaut d'autre chose – à savoir, la clarté qui serait nécessaire à un « vrai » consensus et donc à la réussite des politiques mises en œuvre. Dans de très nombreuses situations, il se trouve simplement que le caractère partiellement indéterminé des principes est un facteur de la réussite ou de l'échec des politiques qui se réfèrent à ces principes. Selon des modalités qui peuvent sans doute être complexes et qu'il faut étudier pour bien comprendre ce que signifie réellement la référence à des principes dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique.

En particulier, il y a lieu de chercher à progresser dans la compréhension des conditions dans lesquelles peut intervenir un accord autour des principes fixant les fins et les moyens ; un accord capable de soutenir effectivement la mise en œuvre d'une politique. Cela n'est pas acquis d'avance, et peut dépendre de facteurs identifiables. Dans une perspective d'amélioration des conditions de succès des politiques publiques, ou d'amélioration du cadre

² A parler en toute rigueur, le compromis l'emporte sur le consensus, et la manière dont des formulations vagues peuvent abriter un processus continu de négociation des interprétations est une partie intégrante de l'élaboration sociale du compromis politique. Ces vues s'inscrivent dans la continuité des travaux récents qui fournissent l'armature d'une théorie du compromis politique en présence de désaccords éthiques maintenus, notamment Arnsperger et Picavet [2004], Bellamy [1999], Dauenhauer [2000] Hampshire [2001], Hershovitz [2000], Mills [2000].

institutionnel de la négociation entre institutions ou organisations autour des politiques à appliquer, il est important de chercher à identifier de tels facteurs si cela s'avère en effet possible.

b) De l'ambiguïté à la défiance

Dans une approche statique, l'obtention d'un compromis autour de principes vagues s'apparente nécessairement à un accord superficiel pouvant comporter des risques depuis longtemps analysés par les philosophes politiques. Si les parties prenantes ne savent pas exactement sur quoi elles s'entendent, on pourra bénéficier de certains avantages immédiats (l'abstention de conduites hostiles, la coopération, le travail commun) mais on ne jouira pas d'assurances très solides quant à l'avenir. La généralité des termes employés reflète alors la volonté de ne pas s'entendre véritablement, de ne pas se « lier les mains » au-delà de la manifestation d'une bonne entente temporaire (liée aux circonstances et qui peut être utile dans les circonstances).

Dans la théorie politique classique, ce type de configuration est habituellement flétri comme un simple compromis tactique, inférieur en tout point à un accord moral véritable sur des principes partagés et clairement compris (de manière identique) par toutes les parties prenantes. Deux hypothèses d'arrière-plan jouent ici un rôle crucial :

(i) on admet tacitement qu'il n'y a pas de processus d'argumentation postérieur à l'accord initial et susceptible de maintenir un accord (éventuellement au prix de quelques adaptations) lorsque les circonstances ou les positions de négociation évoluent ;

(ii) on s'appuie sur la dichotomie clarté / ambiguïté et l'on admet simplement que la présence d'ambiguïté rend l'accord nul et non avenu au-delà de la jouissance immédiate des avantages d'une entente de façade. On pense donc que si les termes de l'accord sont ambigus, les parties ne sont réellement liées par rien au-delà de la période présente.

Si l'on adopte une vision dynamique des choses, dans laquelle on lève les hypothèses précédentes, tout est différent. Contrairement à ce que prévoit l'hypothèse (i), l'accord tolère des interprétations qui peuvent évoluer, à la faveur d'un processus continu de renégociation et d'argumentation. Contrairement à l'hypothèse (ii), le fait de s'être initialement entendu sur quelque chose ne compte pas forcément pour rien. Le processus a normalement une « mémoire » en sorte que les étapes initiales doivent jouer un rôle dans l'établissement

graduel des modalités de coordination entre les parties prenantes³. Chacun des parties sait ce qui a été accepté (et donc jugé acceptable) par l'autre, et peut se fonder sur cette réalité.

Cela doit être facilité par le fait qu'en règle générale, les interprétations possibles des principes généraux ne sont pas tout à fait arbitraires. Elles sont inscrites dans certaines limites⁴, grossièrement connues des parties prenantes. Il y a dès lors une argumentation possible sur l'interprétation la plus juste ou la mieux adaptée à certains impératifs (ou objectifs) au vu des circonstances. Dans les cas vertueux, en profitant des circonstances et de l'évolution des positions de négociation, chacune des parties prenantes peut espérer infléchir la direction dans laquelle évoluera l'interprétation des principes (ou, en d'autres termes, conserver une marge de manœuvre)⁵.

Si l'on retient la conception dynamique, il devient crédible de tenter d'expliquer *par les mêmes raisons* l'émergence d'un accord ou son absence. Il faut pour cela prêter attention à l'anticipation (par les acteurs sociaux concernés) de l'évolution ultérieure du processus de mise en œuvre dans le cas où ils parviendraient tout d'abord à s'entendre avec les autres acteurs sociaux autour de la définition d'une politique. Si ce processus fait intervenir des négociations portant sur le sens à donner aux principes retenus (et c'est souvent le cas en pratique), alors il est compréhensible que les agents se soucient de leur marge de manœuvre dans l'inflexion de l'interprétation et puisent une partie des raisons de leurs décisions dans des prévisions à ce propos. Pour cela, les agents doivent prendre en considération l'évolution prévisible de leur position de négociation dans le système social où ils interviennent.

On le voit, il apparaît nécessaire de prendre en considération des questions de *pouvoir*. La défiance qu'inspire la référence de certaines instances à certains principes a peut-être partie liée avec les réallocations de pouvoir que peuvent abriter ces principes, selon certaines interprétations au moins. Il faut dès lors admettre aussi, à titre d'hypothèse de travail, que la possibilité ou l'impossibilité de l'accord autour d'une politique peut trouver son origine moins dans les valeurs substantielles des agents que dans leurs espoirs ou leurs craintes concernant l'évolution des rapports de pouvoir. En conséquence aussi, on peut avancer la conjecture suivante : en présence de certaines divergences éthico-politiques, un accord serait toutefois

³ Dans le cas de la référence à des principes de rang constitutionnel dans les interactions politiques entre groupes sociaux ou partis, cela est clairement caractérisé dans le modèle de coordination de Calvert et Johnson [1999].

⁴ V. la théorie classique de l'interprétation due à Kelsen [1960]. V. aussi sur ce point Pariente-Butterlin [2005].

⁵ Cela joue un rôle important dans la théorie du compromis avec désaccord défendue par Arnsperger et Picavet [2004].

possible dans certains cas si les agents avaient certaines garanties concernant leur « poids » futur dans les interprétations et les choix ; et si ces garanties ne sont pas présentes, l'accord peut être hors d'atteinte, ce qui pose un problème normatif.

D'autre part, la généralité des principes peut abriter des désaccords (et des craintes) en ce qui concerne l'utilisation de ces principes pour l'évaluation. Par exemple, l'évaluation des résultats des politiques suivies, ou bien l'évaluation des propositions de réforme. Et la comparaison des arguments avancés et des résultats obtenus joue souvent un rôle dans l'évaluation des positions de légitimité relative des agents. C'est un point sur lequel la théorie de Calvert et Johnson doit certainement être complétée : la proposition d'arguments ne sert pas seulement à établir des formes de coordination ; elle se prête ensuite à une évaluation, à un regard rétrospectif (sur les conséquences de l'adoption de ces arguments) qui affecte en retour l'autorité réelle des agents qui ont proposé ces arguments ou fait pression en vue de leur adoption.

Disons pour résumer que dans une telle configuration explicative – issue de la théorie, et que nous retiendrons à titre d'outil de travail pour aborder des exemples politiques concrets – la référence des politiques à des principes relativement généraux joue un rôle crucial parce que peuvent avoir lieu, à l'abri de ces principes, des réallocations de pouvoir potentiellement menaçantes pour certains acteurs sociaux.

3) L'espace du compromis autour des principes d'efficacité et d'équité dans la politique de santé

Dans le cas des politiques de santé, il importe de cerner l'espace de compromis qui s'offre aux acteurs sociaux et politiques dans la négociation et la renégociation de l'interprétation de certains principes directeurs. C'est là en effet le type de processus auquel nous voulons prêter une attention particulière. Le travail d'interprétation concerne d'une part les principes eux-mêmes, d'autre part les relations entre ces principes (la manière de les articuler, de donner du poids à l'un face à l'autre, etc.). Dans le cas de la politique hospitalière ou des politiques de santé plus généralement, les principes d'équité et d'efficacité jouent un rôle décisif dans la formulation des moyens et des objectifs des politiques publiques.

Sous sa forme la plus générale, la norme d'*équité*, c'est l'idéal d'une égalité de tous devant les aléas de la maladie et des risques corporels. Mais il se décline au moins sous deux formes :

l'égal accès au système de soins (corrélats : gratuité, absence de discrimination notamment à l'hôpital) et une égalité plus large devant la santé, ne dépendant que partiellement des soins et du système hospitalier.

De même, la norme de *réponse efficace aux besoins* se décline de plusieurs manières, dont au moins l'élimination des gaspillages, l'élimination des double-emplois (notamment locaux ou régionaux, public/privé, etc.), une logique de concentrations et regroupements en cas d'économies d'échelle documentées, l'introduction d'enveloppes, de critères économiques d'évaluation (p. ex. de type coût-efficacité), voire la lutte contre les inefficiences bureaucratiques parfois supposées intrinsèquement liées au fonctionnement du secteur public (notamment chez les idéologues du libéralisme économique et de la privatisation).

On pourrait penser que des compromis sont possibles de manière à fixer des objectifs communs en sélectionnant certains éléments d'interprétation, par une sorte d'échange de bons procédés (je retiens certaines de tes interprétations, tu acceptes certaines des miennes). Mais il semblerait que l'on assiste souvent en pratique au maintien d'objectifs très généraux et très ambigus dans les deux camps et, jusqu'à nos jours probablement (comme l'a encore illustrée l'épisode de la fermeture du service de chirurgie à Royan durant l'été 2005), à des tensions très vives autour d'enjeux concrets. Sans réelle construction, donc, d'un quelconque compromis social⁶.

Il faut remarquer que les problèmes d'équité et d'efficacité ne sont pas mutuellement indépendants. En particulier, certaines évolutions de l'hôpital commandées par des impératifs d'efficacité sont critiquées parce qu'on y voit une manière d'expulser les pauvres de l'hôpital et l'introduction de critères économiques visant à la maîtrise des dépenses de santé est soumise à la critique pour des raisons d'équité.

C'est sans doute l'une des sources de la difficulté d'abandonner sélectivement certains éléments d'interprétation au profit de ceux des autres. Il est difficile de faire des concessions sur l'équité au nom de l'efficacité, par exemple, parce que ces principes sont étroitement interdépendants.

Les divergences d'interprétation peuvent coïncider dans des cas importants avec un clivage idéologique droite-gauche. De manière typique, la norme de réponse aux besoins à partir des

⁶ La théorie politique a souvent placé la barre très haut en privilégiant la figure d'un consensus sur les principes ; mais il apparaît important de réfléchir sans concession aux conditions de l'élaboration de véritables compromis évolutifs et équilibrés, dans des champs du politique où réunir ces conditions n'est assurément pas chose facile.

besoins constatés par les hôpitaux et les collectivités locales suscite, « à droite », la méfiance : gaspillage, clientélisme, moindre légitimité démocratique des échelons locaux, inégalités géographiques. Symétriquement, les normes de rationalisation et de maîtrise des coûts, et surtout le discours sur elles, suscitent la méfiance « à gauche » : réponse inégalitaire aux besoins, ségrégation sociale à l'hôpital, pouvoir accru du secteur privé et d'une technocratie publique soumise au pouvoir central⁷. On rechigne alors dans les deux camps à entériner des principes dont il est redouté que l'implémentation (selon une interprétation dont on n'aura pas forcément la maîtrise) conduise à un *déplacement des pouvoirs* dans le système hospitalier ou, plus généralement, le dispositif de santé⁸.

A cause de la nature spécifique de l'activité, les politiques peuvent être tout à la fois contestées dans leur principe même et appliquées par voie hiérarchique, mais surtout par l'effet de la réponse urgente aux besoins, plutôt qu'en vertu d'un rapport de force comme dans la case nord-ouest de Matland. La construction d'un accord sur les finalités s'avère très difficile au niveau des fins d'une politique même si l'accord existe au niveau plus général des grandes finalités telles que l'égalité, l'efficience, le progrès scientifique et technique.

On risque alors de ne pas obtenir de compromis ; et pas davantage une implémentation « symbolique » ou « expérimentale » à la Matland (cases nord-est et sud-est de sa matrice) malgré la présence d'ambiguïtés qui orienteraient, selon la théorie, vers ces configurations (pour que les politiques soient, de manière prévisible, couronnées de succès).

On doit plutôt s'attendre à voir prévaloir un *modus vivendi*, fondé sur la tolérance plus ou moins grande constatée face à telle ou telle mesure que prend l'autorité publique, habituellement sur un mode très hiérarchique. D'où la permanence prévisible d'une contestation radicale.

En résumé, la difficulté de se mettre d'accord sur des normes fixant des finalités intermédiaires en dépit de la rencontre partielle à l'échelon des normes générales s'explique, selon la théorie proposée, par la conjonction des éléments suivants :

- la méfiance devant les transferts de pouvoir que pourrait cautionner l'accord sur des normes ambiguës (pouvant être sollicitées par l'autre partie pour opérer des transferts de

⁷ Bien entendu, tout n'est pas purement idéologique dans ces préoccupations, même si la manière de les invoquer peut l'être en totalité à l'occasion. De plus, les préoccupations mentionnées ne sont jamais typiques de « toute la gauche » ou de « toute la droite ».

⁸ L'existence de deux camps opposés est à nouveau une simplification, ici introduite en référence à la deuxième étude de cas développée ci-dessous, pour laquelle elle est pertinente.

pouvoir, par ex. vers les pouvoirs locaux ou bien au contraire vers le pouvoir central) ; cela concerne les normes de répartition des compétences et les normes servant à l'évaluation de l'effet des politiques.

- le fait qu'à cause de ces transferts anticipés de pouvoir légitimés par des normes (dès lors que celles-ci sont acceptées en commun), chaque partie craint de ne plus avoir de marge de manœuvre suffisante, ultérieurement, pour défendre des éléments d'interprétation allant dans son sens.

Cela peut orienter dans un second temps vers un volet « normatif » de la réflexion, qui concernerait la conception institutionnelle : ce qui manque, semble-t-il, c'est la garantie donnée aux acteurs de pouvoir peser sur la traduction institutionnelle des objectifs généraux. Il apparaît opportun de ne pas soucier seulement des compromis sur les principes, mais aussi des concessions sur la répartition du pouvoir d'interpréter et de mettre en œuvre ces principes.

3. Etude de cas 1 : la difficulté de définir des priorités du système de santé et les liens entre bien-être, besoins et priorités

1) Peut-on fixer l'interprétation du bien-être par la référence aux besoins de base ?

Dans les débats sur le système et les politiques de santé, certaines des notions convoquées à titre essentiel – le bien-être, les besoins, les priorités - donnent lieu à une pluralité d'interprétations en dépit du travail philosophique qui vise à préciser le sens de ces notions. L'ambiguïté de ces termes sous-tend l'indétermination des normes ou principes. En rappelant quelques-uns des enjeux philosophiques des tâches d'interprétation, nous verrons que le pluralisme est ici adossé à des raisons autour desquelles un certain degré de consensus existe, qui laisse cependant subsister des incertitudes et donc une marge d'interprétation. Globalement, on peut remarquer qu'il existe une certaine superposition, au plan conceptuel au moins, des délimitations des priorités que l'on peut dériver des différentes approches philosophiques existantes.

Comment donc déterminer des priorités ? Voyons comment et pourquoi un certain consensus peut se dégager.

Les biens relatifs à la santé sont l'objet de besoins humains, c'est-à-dire des besoins que les personnes ont, en raison de leurs objectifs ou de leurs fins, ces besoins pouvant être soit de nature instrumentale (les individus ont ces besoins en raison des fins qu'ils ont choisies) soit

de nature fondamentale, en ce sens que les personnes ont ces besoins en tant qu'elles sont des êtres humains⁹. Ces biens sont ceux dont nous avons besoin pour survivre, pour être en bonne santé, pour éviter la souffrance, pour vivre correctement¹⁰.

Les besoins instrumentaux, en tant que tels, n'ont pas de poids moral (certains en ont et les autres n'en ont pas). En revanche les besoins du second type - « besoins de base » (ou « fondamentaux ») - ont d'emblée un sens moral. Ils se définissent en rapport avec des notions telles que la santé, la souffrance et le fonctionnement correct du corps et de l'esprit qui ont elles-mêmes un statut d'emblée normatif, d'ailleurs utilisé dans les revendications qui les mentionnent¹¹. Les besoins de base imposent en effet des devoirs, en ce sens que ma maladie conditionne une revendication légitime à l'égard d'autrui selon la plupart des convictions éthiques, tandis que mes caprices, mes désirs, mes plaisirs et même mon bonheur n'offrent pas, sauf exception, une légitimation comparable. Ces revendications s'imposent d'autant plus qu'elles ne dépendent pas de souhaits ou de buts contingents mais s'enracinent dans la nature humaine, ce qui fait une différence importante dans la pratique politique.

On peut alors tenter, avec James Griffin, de définir « le bien-être », au titre d'une «conception du bien-être, qui doit être utilisée comme une mesure interpersonnelle du jugement moral », comme « le niveau auquel les besoins de base sont satisfaits »¹². Est-ce là rendre compte adéquatement du « bien-être » ? Les besoins de base (ou besoins fondamentaux) sont peut-être en effet le meilleur indice, dans des contextes moraux, de la façon dont «va » la vie d'une personne. Mais d'un autre côté, il se pourrait bien également qu'ils prennent trop peu en compte les particularités de la vie de chaque individu pour pouvoir être identifiés au « bien-être » en général – ce à quoi J. Griffin prête attention.

Par ailleurs, M. Walzer souligne qu'aucune détermination *a priori* de la nature des besoins n'est possible, de même qu'il n'est pas possible de déterminer *a priori* les niveaux des

⁹ Parallèlement, J. Griffin souligne que nous parlons habituellement des besoins de base (ou besoins fondamentaux, *basic needs*) comme s'ils étaient non seulement des besoins de base mais également des besoins absolus : les humains ont besoin de nourriture, de repos et de la santé non en vue d'autres fins mais simplement en tant que tels (voir J. Griffin, [1986], p. 41).

¹⁰ La santé apparaît en ce sens, et selon la terminologie retenue ici, comme un besoin premier.

¹¹ Si l'on voulait raisonner pour une communauté éthique idéale (dans laquelle une éthique particulière se verrait reconnaître une validité objective), il apparaîtrait essentiel que la notion de « besoins de base » ne demeure pas indéterminée car elle ne pourrait alors fonder aucune exigence éthique à l'égard d'autrui, aucun devoir pleinement conformes à l'éthique considérée. Si en effet le mal, la souffrance, la maladie, la déficience restent des questions conventionnelles ou des déterminations arbitraires, les devoirs et engagements demeurent également arbitraires ou conventionnels.

¹² Dans le texte original : « *Well-being, at least that conception of it to be used as the interpersonal measure for moral judgment, is the level to which basic needs are met* » (J. Griffin [1986], p. 42).

prestations requises dans la mesure où nos attitudes vis-à-vis des soins médicaux ont une *histoire* qui présente sa part de contingence et d'imprévisibilité¹³. Ces attitudes comme les formes d'assistance communautaire étaient différentes hier et continueront de changer. De même, les notions de « maladie », de « souffrance » et de « déficience » sont, en elles-mêmes, trop indéterminées pour analyser (en lui donnant un contenu) la notion de besoin primaire. Par ailleurs, si l'on admet que certains besoins tombent sans ambiguïté du côté des « besoins de base », d'autres restent à la frontière. Ainsi il est difficile de dire si un travail intéressant est, ou non, un besoin de base. Tel serait le cas si, à défaut d'un tel travail, un certain genre assignable de pathologie sociale en résultait¹⁴.

2) Des besoins de base aux priorités

Les besoins de base généralement envisagés sont aussi ceux que l'on doit satisfaire avant tout autre besoin. Parmi les besoins, comparables d'une personne à l'autre, qui semblent avoir une liaison étroite avec la qualité de vie, on accorde de fait habituellement une attention spéciale à ceux dont la satisfaction est *urgente* et qui sont dès lors susceptibles de se voir attribuer une forme de *priorité*¹⁵. Ainsi, dans les discours prescriptifs ou les choix collectifs concernant les allocations de moyens, un souci particulier est accordé à certains besoins jugés objectifs et urgent, en tant que leur satisfaction conditionne toute forme de qualité de vie ultérieure¹⁶.

Si l'on accepte de prendre comme guide l'identification des besoins de base aux besoins prioritaires, il faut s'intéresser à l'identification de *besoins prioritaires* (et *objectifs*, leur caractère objectivement repérable étant une précondition de l'organisation en vue de leur satisfaction prioritaire). Cela pourrait permettre de cerner les besoins fondamentaux

¹³ M. Walzer, *Sphères de la justice*, « L'assistance communautaire », Paris, Seuil, 1997, p. 138.

¹⁴ L'éducation, par exemple, est-elle un besoin de base ? Ce serait le cas si, sans elle, l'intellect s'atrophiait. Cependant il reste encore la question de savoir quelle sorte d'éducation est requise et pendant combien de temps. Se pose à ce propos, de manière importante, la question des formes d'éducation comme biens relatifs (dont la valeur est liée au fait que tous n'en bénéficient pas). Dans de nombreux systèmes, c'est effectivement une composante de la valeur de l'éducation. Il est certainement utile de développer une approche en termes de besoins et de capacités pour différencier ce qui élève le niveau des opportunités par l'effet de l'éducation elle-même et ce qui n'élève le niveau des opportunités que par des effets de ségrégation sociale arbitraire, de snobisme, de favoritisme au sein de réseaux d'anciens élèves, etc.

¹⁵ Voir J. Griffin [1986], p. 51-53.

¹⁶ Cependant leur identification est problématique si on l'aborde à partir d'un point de vue simplement conceptuel puisqu'il n'est pas certain que la question des besoins et des besoins prioritaires se pose de façon identique selon que l'ensemble des membres d'une société a ou non accès à l'eau potable, selon qu'il s'agit ou non d'une société industriellement avancée, etc. Un travail empirique apparaît ici nécessaire pour cerner ce qui donne lieu à un sentiment d'urgence.

susceptibles de servir de support de comparaison et d'évaluation, dans les décisions collectives en particulier¹⁷. La santé, pour sa part, est-elle un besoin de base¹⁸ ? Il semble bien que tel soit le cas parce qu'elle concerne des choses qui apparaissent prioritaires et qui sont des conditions pour une multitude d'autres choses. Mais de quelle quantité de santé est-il besoin (si l'on peut quantifier la santé) ? Distribuée comment ? Rétribuée et remboursée comment ? Organisée selon quel système d'accès, de contrôle et d'évaluation ?

Dans le modèle proposé par L. Nordenfelt, par exemple, les conditions ayant un haut degré de priorité sont celles qui doivent se matérialiser pour qu'une personne puisse, au moins, atteindre un niveau minimal de bonheur¹⁹. La détermination des besoins *de base* peut alors s'appuyer non pas seulement sur l'identification de besoins *prioritaires et objectifs* mais aussi sur la notion de besoins polyvalents (en anglais, *all-purpose means*)²⁰. Ceux-ci sont des besoins que les individus ont, quelles que soient leurs fins et en particulier pour ces fins que les individus ne choisissent pas, mais qui caractérisent l'existence humaine en tant que telle. A propos de ces besoins, les revendications présentées à la sollicitude d'autrui ne présentent pas le caractère arbitraire que possèdent en revanche les demandes issues de désirs que l'on pourrait choisir de ne pas cultiver. Par ailleurs, d'un point de vue propre à la philosophie politique, on peut faire observer que de tels biens polyvalents sont sous-jacents à la délibération publique en tant que telle parce qu'ils sont un objet obligé de toute action politique et parce qu'ils circonscrivent de cette manière l'horizon de la politique elle-même.

Pour ces raisons, c'est en nous appuyant sur cette notion de biens premiers comme des *moyens polyvalents* nécessaires pour mener une vie humaine que nous voudrions déterminer

¹⁷ La détermination de besoins fondamentaux se présente comme une question normative. Il faudra dès lors examiner la question de savoir si les besoins, et en particulier les besoins fondamentaux, sont en eux-mêmes normatifs, au sens où ils reflèteraient des normes de la nature humaine, c'est-à-dire reflèteraient ce qui est normal dans la vie humaine, comme le fait de continuer à vivre aussi longtemps que possible. Cette thèse, retenue par J. Griffin, pourrait sembler pertinente en raison du caractère « absolu » des besoins vitaux (voir J. Griffin, *Well-being. Its Meaning, Measurement and Moral Significance*, p. 42). Il y a des choses dont nous avons besoin en un sens absolu (abstraction faite de nos buts particuliers dans la vie) et non instrumental. Néanmoins, jamais la « normalité biologique » n'indique par elle-même un quelconque devoir-être.

¹⁸ Parmi les *biens premiers*, c'est-à-dire les moyens généraux requis pour se forger une conception de la vie bonne et pour en poursuivre la réalisation, quel que soit le contenu exact qu'on lui attribue, Rawls distingue les *biens premiers naturels*, comme la santé et les talents – ces biens n'étant pas directement placés sous le contrôle des institutions sociales, des biens premiers *sociaux*, c'est-à-dire les libertés fondamentales, l'accès aux diverses positions sociales et les avantages socio-économiques liés à ces positions, tels que le revenu et la richesse, les pouvoirs et les prérogatives, les bases sociales du respect de soi.

¹⁹ Voir L. Nordenfelt [1994].

²⁰ J. Griffin souligne que notre sens profond de l'égal respect exige que nous restions neutres face aux différentes conceptions du bien en présence et semble exiger une égalisation des moyens polyvalents plutôt que du bien-être, la notion (rawlsienne) de biens premiers étant alors convoquée au premier chef (J. Griffin [1986], p. 52-53).

dans quelle mesure ils constituent des conditions essentielles de l'existence humaine et un horizon des politiques de santé.

De cette polyvalence, on passe assez aisément à l'idée d'un minimum prioritaire. De fait, l'usage ordinaire de la notion de besoin de base fait référence à un *minimum* susceptible d'être complété par ce qui contribue à l'agrément et à la qualité de vie. La détermination de ce qui est à placer, ou non, du côté des besoins de base, de même que le calcul de la quantité de ces derniers (sous réserve de possibilité de la quantification), peuvent utiliser l'idée d'un minimum requis ou nécessaire (chez les auteurs de langue anglaise : *minimum provision*). Ainsi nous avons besoin de certains niveaux, non pas simplement de ressources, mais également de liberté, de loisir et d'éducation, pour pouvoir être capable de faire quelque chose de valable dans nos vies à nos propres yeux. Ce qui nous est donné ou ce dont nous jouissons, au-delà de ce *minimum* peut rendre nos vies plus plaisantes ou plus faciles, mais cela n'est pas nécessaire à la tâche élémentaire de vivre une vie présentant des caractéristiques jugées décentes dans un contexte culturel particulier²¹. En revanche, sans cette quantité de biens premiers, la vie apparaît en quelque façon mutilée. Or la santé, ou à tout le moins un minimum de santé correspondant à un fonctionnement normal d'une partie de nos facultés (qui, dès lors, restent à identifier) appartient aux éléments minima requis pour poursuivre une vie humaine ouverte au bonheur²². C'est dans cette perspective que l'on peut chercher, comme on le verra, à préciser la nature et le contenu d'un « panier de biens » minimal, qui serait une sorte de minimum que la collectivité devrait prendre en charge.

Bien que la qualité de vie (ou le bonheur, ou la satisfaction procurée par sa propre vie) soit souvent appréciée, y compris au plan théorique, en termes subjectivistes, il y a en effet un certain sens dans lequel des « besoins » ou des « conditions ayant une priorité élevée » peuvent être définies. Dans le modèle de Nordenfelt [1994], par exemple, les conditions ayant « une *priorité élevée* » doivent absolument être matérialisées pour qu'une personne soit, au

²¹ Il faut ici tenir compte du fait que dans l'élaboration des questionnaires de qualité de vie, on s'est soucié seulement assez récemment de s'inscrire dans une perspective trans-culturelle (voir J. Coste et A. Leplège, *Mesure de la Santé Perceptuelle et de la Qualité de Vie : méthodes et applications*, p. 191 et sqq.). Il est en effet nécessaire d'appréhender avec précaution la notion de besoins universels et objectifs car ils sont fondamentalement liés aux sociétés dans lesquelles on les considère.

²² On peut ici objecter que les besoins de base, ainsi définis, comportent un élément « conventionnel » important (voir Miller 1976, p. 136-138 ; Benn et Peters 1959, p. 146 ; Feinberg, 1973, p. 110 ; Wiggins, 1985). Toutefois et quand bien même on admettrait que la ligne de partage entre besoins de base et besoins non élémentaires peut changer avec l'évolution de la société, la distinction entre ces deux types de besoins résulte toujours d'un raisonnement, qui renvoie à la *nature humaine* et à ses besoins fondamentaux. Les attentes naturelles des personnes, dans une société donnée, peuvent jouer le rôle de norme. Les espérances s'ajustent sur les possibilités, de telle sorte qu'une norme relative à un niveau minimum de vie acceptable – bien qu'approximatif – émerge naturellement. V. notamment J. Feinberg, *Social Philosophy*, p. 110.

moins d'une façon minimum, heureuse. Ainsi la notion de « *besoins réels* » est pertinente (et plausible dans un contexte de délibération politique) quand elle renvoie à des conditions qui ont une priorité élevée, dans la mesure où ces conditions doivent être remplies, si un *degré minimal de bonheur* doit être atteint²³.

Ce bref examen du fondement des priorités vient rappeler que des incertitudes existent, mais il fait apercevoir qu'un certain consensus se dégage, à partir de différents points de vue, autour de la superposition approximative des besoins de base, des priorités les plus urgentes et des soucis de promotion du bien-être jouissant d'une légitimité maximale. Toutefois, notre première étude de cas suggère qu'en dépit de ce consensus théorique raisonnable, il est très difficile de faire émerger des compromis viables autour des priorités de santé.

3) Exemple : la controverse autour du panier de biens et de service de santé (PBS).

La conjonction d'un souci d'efficacité et d'équité a débouché, dans le contexte national d'une réflexion sur le système de santé, sur la définition d'un panier de biens et de service de santé.

Présentation de l'exemple.

La Conférence nationale de santé de 2001 préconise l'institution d'un panier de biens et de service de santé (PBS) dans la continuité du rapport du CCNE de 1998 et à la suite des rapports de santé, proposés en Suède par exemple²⁴. Le PBS est conçu comme un élément déterminant de la qualité du système de soins. Il précise les *droits* de chacun *en termes de soins*, de prévention et d'accompagnement social. Il s'inscrit dans la logique d'actions de santé préconisée par le HCSP en 2001, qui vise à « fonder l'équité et la qualité de notre système de soins sur le *libre accès de tous* à ce panier ». Dans cette perspective, il est requis « d'en clarifier le contenu ainsi que les règles qui régissent ses entrées et ses sorties ». Il faudra donc, au plan des principes, mettre dans le panier « tout ce qui est nécessaire, rien que ce qui est nécessaire ».

²³ L'un renvoyant à l'autre. Ainsi les capacités servent de base à des formes d'accomplissement individuel variées, à la réalisation de plans de vie différents et, en dernière analyse, au bonheur subjectif.

²⁴ L'idée de priorité, élaborée dans le rapport de santé suédois avec un certain détail, reste mal perçue en France car elle est souvent reçue comme idéologique (notamment, parfois, par les Caisses d'assurance maladie). Un certain contraste existe, de ce point de vue, avec certaines contributions philosophiques, comme celles de Simone Weil (dans *L'Enracinement*), John Rawls (les biens premiers), Amartya Sen (la liste des capacités) ou James Griffin cherchant à établir ce qui est important et ce qui l'est moins dans une perspective hiérarchique.

Pourquoi *l'institution* de priorités (fournir du lait aux enfants, s'assurer que les diabétiques soient bien soignés) soulèverait-elle des objections alors que certaines priorités ne suscitent aucun désaccord ? Après tout, le rapport suédois mettait en œuvre des critères incontestables : est-ce que la vie est en danger ou pas, est-ce que le danger est immédiat ou pas, etc.

C'est pour expliquer cela qu'il est important de faire attention aux problèmes de *défiance*, aux craintes concernant l'usage futur de la référence aux *principes* (la perception par les uns de ce que les autres pourraient faire à l'avenir de certains principes), au rôle des *précédents* (est-ce que la restriction légitime en période de vaches maigres ne va pas servir d'exemple pour freiner la générosité en période de croissance), etc. Des problèmes typiquement institutionnels, donc, mais qui interagissent avec la discussion et l'argumentation éthiques.

En pratique, il s'agit de passer d'une logique de panier implicite à une logique explicite, c'est-à-dire à une logique clairement énoncée et compréhensible par les professionnels et les usagers, qui échappe aux contingences politiques et économiques²⁵.

Ce passage de l'implicite à l'explicite n'est pas aussi innocent qu'on pourrait le croire à l'abord. Il répond à des attentes mais a des effets qui ne se réduisent probablement pas à la simple élimination d'un défaut technique dans la communication. Il ne s'agit pas seulement d'une opération de « désambiguification » (pour employer le terme utilisé par les linguistes) mais aussi, plus profondément, d'une manière de faire évoluer la coordination sociale par des normes dans le monde médical et hospitalier. Il s'agit de faire évoluer, si l'on veut, la manière dont les actions des uns et des autres dépendent de repères communs²⁶.

On souligne par exemple la nécessité d'inclure, dans le PBS, les actes médicaux qui permettent un *réel développement des politiques de prévention*²⁷. L'objectif est de passer d'une logique de panier implicite à une logique explicite²⁸. En effet, le HCSP préconise, en 2001, de développer progressivement une logique d'actions de santé, intégrant la notion de

²⁵ La gestion actuelle (implicite) de ce panier est fondée sur plusieurs logiques :

- a) une logique de listes et de nomenclature pour le remboursement des médicaments et de certains actes ;
- b) une logique d'activité pour le remboursement de l'hospitalisation ;
- c) une logique de consultation et d'activités pour la médecine ambulatoire.

²⁶ Les recherches en science administratives sont là pour nous rappeler, d'ailleurs, que le degré d'ambiguïté des politiques joue un rôle structurant dans la mise en œuvre de ces politiques : on ne peut y voir simplement une difficulté technique.

²⁷ La prévention s'adresse à des personnes souvent bien portantes, pour lesquelles on cherche à assurer *le minimum de risques pour le maximum de bénéfices*, en s'appuyant sur des protocoles de prévention, de dépistage ou d'éducation pour la santé.

²⁸ Pour l'heure, les procédures de prises en charge tiennent compte des caractéristiques du patient et de sa *maladie* (affections de longue durée par exemple). Or la Conférence nationale de santé de 2001 a montré que la constitution du panier de biens et de services pourrait prendre en compte le *service médical rendu*, comme cela a été expérimenté pour le médicament.

prise en charge d'une pathologie, en lieu et place de la logique actuelle fondée sur les *actes* et les *produits* remboursés²⁹. L'intérêt de ce panier de biens et de services est formulé en terme de *dynamisme d'adaptation*. On pourrait en attendre des vertus de souplesse bien adaptées à l'élaboration graduelle de compromis politiques. On introduit alors un souci de flexibilité dans l'accompagnement administratif (organisationnel) de l'évolution de la demande et du système de soins. On attend du panier de biens qu'il s'adapte aux progrès et à l'évolution de la politique de santé.

Analyse de l'exemple.

Le cas du panier de biens et de service de santé constitue un exemple intéressant, dans la mesure où l'idée de garantir à chacun un panier minimum de biens en santé semble être acceptée et soutenue par tous. Pourtant au terme des discussions et débats suscités par cette question, aucun consensus n'a été trouvé. Ce désaccord peut être compris comme l'expression d'une *méfiance*, provoquée par l'ambiguïté immanente à l'interprétation de ce que peut être un minimum, en termes de biens de santé. Plutôt que d'admettre que le désaccord tient au fait que certains jugent que le minimum n'est pas assez élevé alors que d'autres considèrent que c'est important d'avoir d'un minimum, même s'il n'est pas assez élevé, il nous semble possible de dégager un mécanisme de défiance et une logique d'interaction politique et institutionnelle expliquant l'échec du débat public.

Ce faisant, il est possible de proposer une vision plus adéquate que l'explication superficielle consistant à dire qu'il y a, d'une part, des « optimistes » (ceux qui pensent que déterminer un minimum, ce n'est pas si mal, c'est prévoir des choses importantes et utiles, en laissant ouverte la possibilité de les compléter ensuite [ou dans la pratique] par d'autres choses) et, d'autre part, des « pessimistes » (ceux qui jugent qu'il y a peu de chances que le minimum – médiocre en lui-même – soit jamais complété). Nous cherchons ici à expliquer l'impossibilité de s'engager dans une dynamique de compromis à partir des anticipations des acteurs à propos du rôle intertemporel des principes, précédents, exemples, etc.

La notion de « minimum » peut désigner (1) soit un minimum exigible (ou « norme minimale ») (2) soit une condition logiquement impliquée par toute norme de bon traitement

²⁹ Le HCSP préconise une conception relativement large de la notion de soins qui intègre l'état du patient, du malade, les techniques et les référentiels, enfin et surtout un suivi global (suivi thérapeutique allant de la prévention aux soins curatifs, et à la postcure). Il valorise une démarche de santé publique qui, en s'intéressant de très près à la *prévention*, essaierait d'agir sur les déterminants. Le HCSP préconise également d'intégrer les effets de ces déterminants dans les risques à prendre en charge.

(3) soit un minimum vers lequel on irait au détriment d'une norme de bon traitement. Alors même qu'un accord devrait être possible puisque tous convergent vers l'idée qu'un minimum, en matière de santé, devrait être exigible et être garanti, on entre dans une logique de défiance plutôt que de compromis.

On craint, typiquement, de passer de (1) ou (2) à (3). Pourquoi ?

En théorie politique, le « compromis » est assez souvent dévalorisé par rapport au consensus ou à l'accord proprement éthique sur des principes reconnus en commun. Toutefois, dans les situations où un consensus « profond » apparaît hors de portée, l'élaboration en commun d'un compromis viable, ou l'engagement dans une dynamique de compromis, s'avère à la fois intéressante et nécessaire. Or, cette logique de compromis, qui a des attraits spécifiques, rencontre aussi des difficultés spécifiques. Nous pensons que notre exemple en est l'illustration. En un mot : ce n'est pas parce que l'on n'arrive pas au consensus que l'on arrive au compromis. Le compromis impose en lui-même une discipline assez exigeante.

Essayons de mettre au jour les mécanismes qui entravent l'accord et expliquent la défiance. Deux raisons expliquent, principalement, que la « norme minimale » (le « minimum » au sens 1) apparaisse finalement surtout comme un minimum vers lequel on irait au détriment d'une norme de bon traitement (c'est-à-dire selon le troisième sens du « minimum »). La première de ces deux raisons tient au rôle qui sera dévolu aux médecins, dans la mise en place et la régulation des soins dans le cadre du PBS : on craint leur soumission à des contrôles bureaucratiques. La seconde raison tient aux craintes de l'abandon d'une logique des besoins dans laquelle on estime que « tout bon traitement doit être accessible à tous ». Ces deux éléments expliquent le passage de l'interprétation du « minimum », compris comme un minimum exigible (1), à son interprétation comme une norme de bon traitement dont l'autorité politique pourra finalement se contenter même s'il est possible de faire beaucoup mieux d'un point de vue médical.

On s'inquiète, en particulier, des conséquences administratives, des effets bureaucratiques et de l'action des lobbies. On suppose qu'un contrôle bureaucratique sera mené afin de réduire les coûts (ainsi on suppose que si l'on fixe un minimum, on donnera ce minimum aux personnes et rien de plus). Le minimum sera alors utilisé comme un outil de contrôle et donnera lieu à des réductions des dépenses de santé, visant à restreindre encore ce minimum. Ainsi on craint que la durée d'hospitalisation ne soit réduite après les opérations. On suspecte également qu'un lobbying conduira à valoriser les secteurs médicaux rentables au détriment

de l'utile, en réduisant ce dernier au minimum le plus restreint. Ce sont là des enjeux de pouvoir : on craint que l'influence réelle sur les décisions ne soit en quelque façon confisquée par certains groupes d'agents au détriment de ce qui paraît légitime aux autres.

Ces arguments et ces craintes expriment donc une défiance à l'égard de la manipulation de la norme minimale et de son interprétation. Parce que la norme (« garantir à chacun un panier minimum de biens et de service de santé ») est, en elle-même, relativement indéterminée, elle suscite plusieurs types d'interprétation et, à terme, induit des phénomènes de blocage en l'absence de garanties procédurales suffisantes quant au rôle des acteurs sociaux dans les processus d'interprétation des principes et de mise en œuvre des politiques. Dans le cas étudié, ils ne sont probablement pas insurmontables mais des difficultés à s'entendre et un climat de méfiance apparaissent. Il nous semble que la mise en évidence de cette logique et de ses mécanismes est pertinente pour rendre compte de l'interaction politique et institutionnelle induite lorsque l'on envisage la notion d'un minimum en santé.

D'un côté, ceux qui jugent que le minimum n'est pas assez élevé soulignent que les politiques fondées sur les priorités risquent de conduire à une médecine à deux vitesses avec un *système a minima*, offert aux plus défavorisés, vers lequel on s'acheminerait dans les faits (en rupture avec un système plus généreux). Ou bien encore, ils soulignent qu'elles risquent de produire des *effets de seuils*, qui sont également injustes, puisque les personnes qui sont juste au-dessus des individus les plus mal lotis peuvent voir leur situation négligée. On souligne encore que ce type de politique donne lieu à une stigmatisation indésirable, qu'elle peut également avoir des effets néfastes et injustes à long terme, lorsque sont privilégiés le curatif sur le préventif, les traitements sur le dépistage, le court terme sur le long terme, le médical lourd sur le plus léger, par exemple, la chirurgie sur la lunetterie ou la dentisterie.

La situation argumentative comporte le fait que le point de départ, pris comme référence, est un système fondé sur la réponse adéquate aux besoins définis de manière large et que les personnes s'intéressent notamment à des soins qui ne relèvent pas de propriétés urgentes (désignées comme appartenant à une catégorie 1) mais sont périphériques (ex : les médicaments veinotoniques ou d'autres médicaments dont l'efficacité, sans être nulle, apparaît faible). Parce qu'il est fait référence à ce type de besoins – plutôt qu'à des besoins strictement prioritaires ou décisifs (ex : réanimer une personne qui vient de faire un infarctus) – des réticences naissent. C'est en relation avec des soins de deuxième catégorie (ou soins périphériques) qu'une inquiétude émerge.

Il est vrai que ces soins de deuxième catégorie répondent aujourd'hui à des besoins adéquats mais risquent, dans une logique de priorité, de se trouver repoussés en périphérie. Leur statut apparaît plus incertain, et fragilisé par l'institution de normes fondées sur des priorités explicites. On entre ainsi dans une logique de défiance parce que les personnes anticipent un risque et le fait qu'il va falloir se battre à l'avenir pour obtenir des choses, qui sont aujourd'hui reconnues et garanties. La défiance est induite, précisément, parce que les personnes se placent dans un processus dynamique (en l'occurrence, dans le processus dynamique d'organisation et de gestion des soins). Ce processus est encadré par des normes servant de références mais ces normes ne restent pas inertes à la manière du cadre immobile d'un tableau mouvant (comme dans certaines œuvres d'art cinétique dans la mouvance de Soto) ; au contraire, les agents anticipent que l'on pourra manipuler ces normes – notamment en infléchissant leur interprétation - d'une manière qui ne sera pas entièrement déterminée par eux seuls. Ce processus explique les difficultés concrètes de l'élaboration de compromis en les mettant en rapport avec les craintes compréhensibles suscitées par le processus institutionnel.

Le rôle de l'expertise médicale.

Dans ce processus, au sein duquel un phénomène de défiance se développe, le statut conféré à l'expertise des médecins constitue un mécanisme dont le rôle est prédominant. En effet l'attitude que l'on prête au médecin joue un rôle décisif dans le passage d'une interprétation à l'autre de la notion de « minimum » : du sens 2 (le « minimum » est une précondition du bon traitement) au sens 3 (un minimum vers lequel on irait au détriment d'une norme de bon traitement).

En effet, et dans le cadre de l'exemple qui nous occupe, lorsque l'on procède à un calcul *a priori* des enveloppes globales et du montant des dépenses de santé, l'évaluation de l'efficacité, en particulier de l'efficacité des soins, repose sur les médecins. Ces derniers, en raison de la mise hors marché (majoritairement) et « hors mérite » des soins, deviennent les principaux régulateurs de la production et de la distribution des biens en santé, puisqu'ils leur revient d'évaluer les besoins médicaux des patients, ces besoins devant être le seul critère de production et d'attribution des soins. En d'autres termes, ils ont l'obligation d'évaluer l'efficacité et la qualité de leurs actions en termes de production de santé. Ils ont, en outre, la charge de prodiguer les soins correspondant à ces besoins, et exclusivement ceux-là.

Autrement dit, ils ont l'obligation de ne considérer que le seul besoin du patient comme critère de production et d'attribution de soins, et ont par conséquent l'obligation de ne pas attribuer de soins inutiles. Dans cette logique, *toute allocation d'un soin inutile se trouve rejetée*.

En d'autres termes, les médecins sont confrontés à un « devoir de résistance », face à la surconsommation et à la surproduction de soins. Enfin, les médecins ont l'obligation de participer à l'évaluation du coût des soins et de prodiguer, à efficacité égale, les soins les moins coûteux. Cette exigence d'efficacité du système de santé a donc des conséquences considérables, en matière de responsabilité, pour les médecins, puisqu'elle suppose que ces derniers soient vertueux³⁰.

4. Etude de cas 2 : la réception critique de la loi hospitalière de 1970

1) Présentation de l'exemple

Dans cette étude de cas, nous explorerons la perception d'un processus de réforme politique par des agents bien au courant des enjeux du terrain et par ailleurs représentatifs d'un courant idéologique particulier et : Dumont et Latouche [1977]. Ces responsables de santé publique, d'un point de vue explicitement militant (communiste) expriment et expliquent leur défiance (ainsi que celle de leur parti – le PCF – et d'organisations idéologiquement proches – comme la CGT, le journal *L'humanité*,...) vis-à-vis de la politique engagée en 1970 dans le secteur hospitalier. Il s'agit donc d'un témoignage historique précieux sur les raisons d'un désaccord, mais aussi d'une *défiance* fondamentale.

Ce cas apparaît intéressant pour notre propos dans la mesure où les valeurs des parties en présence (le pouvoir « de droite », l'opposition communiste et d'autres groupes sociaux) n'apparaissent pas antagonistes à un degré tel, autour des questions concernées, qu'un compromis politique (ou même un consensus) soit *a priori* inatteignable. Il y a dans les arguments et les préoccupations présentées de part et d'autre une zone commune très large (autour de la satisfaction des besoins des patients, de la modernisation des services, de l'accompagnement du progrès scientifique et technique). Les questions d'ambiguïté des principes et de réallocation des pouvoirs paraissent jouer un rôle important dans l'impossibilité de bâtir la coordination autour d'un compromis politique (fût-il évolutif). A

³⁰ R. Soubie [1994].

première vue, en tout cas, les données de la situation sont telles que l'on doit probablement chercher ailleurs que dans les divergences éthico-politiques les raisons de l'impossibilité d'atteindre un compromis. Nous allons chercher à établir ce point et à fournir les raisons qui doivent en effet orienter l'enquête vers les questions d'ambiguïté et de réallocations de pouvoir.

Mais tout d'abord, considérons et écartons quelques *perplexités méthodologiques* possibles. Compte tenu du caractère très « orthodoxe » (selon les normes idéologiques du PCF de l'époque) de la contribution de Dumont et Latouche, et compte tenu du fonctionnement nettement unitaire de leur parti, leur catalogue d'argument peut difficilement être supposé guidé par des enjeux intra-organisationnels (liés à la volonté de s'imposer au sein du PCF).

Par ailleurs, l'intérêt des raisons exposées n'est pas réductible à l'illustration d'une simple volonté d'opposition systématique à toute politique gaulliste (puis giscardienne) quelle qu'elle soit. Il est fort possible, à vrai dire, qu'une opposition systématique aux politiques « de droite » ait été partie intégrante de la stratégie des dirigeants communistes de l'époque. Et il est inévitablement difficile de faire la part, en la matière, de l'orientation idéologique sincère et de l'intérêt tactique (sur les terrains électoraux et syndicaux et en termes d'influence et de recrutement du parti). Néanmoins, l'intérêt tactique d'une opposition partielle ou systématique est nécessairement lié à la force de conviction qui s'attache aux critiques présentées, pour la population générale et plus spécialement chez les travailleurs des secteurs économiques concernés. Quoi qu'il en soit des intentions des dirigeants, donc, il est intéressant de considérer pour elles-mêmes les raisons présentées.

Enfin, les positions défendues par Dumont et Latouche résultent essentiellement de la synthèse d'arguments déjà présentés *en situation* par des acteurs sociaux et politiques. On a donc affaire à des raisons qui ne restent pas simplement théoriques, mais qui servent de point de ralliement, chez les parties prenantes (en particulier, les travailleurs hospitaliers et les syndicalistes), pour motiver l'appui à une politique ou, au contraire, la défiance vis-à-vis de cette politique et des évolutions qu'elle entraîne dans le système de soins. On ne trouve pas dans leur contribution le simple constat de désaccords éthico-politiques, mais bien plutôt l'expression de *raisons de se défier* (de certaines évolutions) déjà éprouvées dans les organisations de travailleurs et suivies d'effet en tant que telles par des acteurs sociaux.

2) Méfiance et idéologie

Dans cet exemple, l'accompagnement idéologique perçu comme associé à la politique suivie est une source de méfiance *a priori*. Il y a en effet une méfiance radicale envers les normes inspirées par l'idéologie rivale : l'hôpital est ainsi décrit comme

« tributaire des campagnes idéologiques qui visent corrélativement soit à restreindre les coûts médicaux, soit à culpabiliser médecins prescripteurs et malades consommateurs en prônant une antimédecine et une "mort naturelle"... » (p. 7)³¹.

La défiance est par ailleurs liée à une théorie que, dans ce camp, on défend et illustre : celle du capitalisme monopoliste d'Etat, qui inspire ce diagnostic initial : l'hôpital est « au centre d'une vaste entreprise de financement public des monopoles capitalistes par l'intermédiaire des investissements et des consommations hospitalières ». Toute la politique engagée est soupçonnée de soutenir ce que l'on pourrait appeler l'accroissement du pouvoir de firmes privées au sein du secteur public.

Tout en voulant faire profiter les intérêts privés (les « grands trusts ») des dépenses publiques à l'hôpital, les autorités publiques (les « gestionnaires du capital ») s'inquiètent de la croissance des dépenses de santé, supportées par les ressources publiques (l'impôt) ou parapubliques (cotisations de sécu. sociale).

Dumont et Latouche citent ainsi (p. 8) le ministre de la santé Robert Boulin, présentant le projet de loi hospitalière (loi du 31 déc. 1970, promulguée par G. Pompidou) :

« [...] il s'agit de savoir si les dépenses de santé qui, je vous le rappelle, dans les prévisions du VI^e plan croîtront de plus de 13 % par an et par conséquent augmenteront plus vite que les recettes globales de l'Etat, si ces dépenses sont le mieux utilisées dans l'intérêt de la santé publique et des malades » (JO 4 nov. 1970, débats Sénat, p. 1753).

Une norme d'efficacité est posée, qui semblerait pouvoir rallier tous les suffrages, mais qui est ici interprétée dans les termes de la théorie du CME (venant de Lénine en 1917, *La Catastrophe imminente et les moyens de la conjurer*) : les gestionnaires du capital, ne voulant pas alourdir indéfiniment les cotisations sociales, veulent orienter sélectivement la dépense publique dans le sens du plus haut profit des intérêts privés présents à l'hôpital³².

³¹ La référence à l'antimédecine étant une pique adressée à Ivan Illich et à ses disciples (tels Jean-Marie Domenach, Jean Daniel et Jean-Pierre Dupuy, critiqués p. 14) ; l'attaque contre l'idéologie de la mort naturelle est une réponse à un numéro de la revue *Projet*, sept-oct 1975, n° 98, où l'on parlait d'humaniser la mort...

³² Cf. conférence des 81 partis communistes en 1960 : « En renforçant le pouvoir des monopoles sur la vie nationale, le CME réunit la puissance des monopoles à celle de l'Etat en un mécanisme unique destiné à sauver le régime capitaliste » (cité p. 23).

Parallèlement la commission santé du VII^e plan recommandait de « maîtriser le développement des dépenses de santé » et d'abord de « celles qui sont mises à la charge de l'assurance maladie et qui sont financées par des prélèvements obligatoires sur l'économie dont le volume ne peut excéder certaines limites » (cité p. 20).

Deux logiques s'affrontent (p.10) :

- « Le capital, dont la logique est d'accumuler toujours plus de profits, vise à assurer aux travailleurs le minimum dans un état social donné, afin qu'ils reproduisent leur force de travail » ;

- une logique de droits et de revendication : « La lutte est constante pour l'obtention par les travailleurs d'un mieux-vivre et, partie intégrante de celui-ci, d'une meilleure protection sanitaire » ;

Ainsi, le discours sur la maîtrise des dépenses de santé est perçu comme d'emblée idéologique. Il y a ici la source d'un diagnostic symétrique d'« idéologie » (ou de blocage idéologique) dans l'autre camp puisque de toute évidence personne ne peut raisonnablement rejeter l'idée d'une maîtrise volontariste des dépenses et des usages de la dépense. Mais il y a ici un écart entre la perception et les effets du discours en contexte (les aspects perlocutionnaires) et la position retenue sur les normes auxquelles le discours se réfère, puisqu'à un certain niveau, on le verra, D&L affirment bien la nécessité d'une maîtrise rationnelle des évolutions et la nécessaire recherche de l'efficacité. Ce qui est critiqué, c'est le discours « de droite » à ce propos et les tendances, évolutions ou dérives qu'il est soupçonné de cautionner. Des dérives qui ont partie liée, nous le verrons, avec l'évolution des rapports de pouvoir que peut servir à accréditer par avance le type de discours qui est critiqué.

Les auteurs rappellent les étapes importantes de la stratégie de compression des dépenses de santé voulue par le CNPF et le Club des grandes entreprises faisant appel à l'épargne :

- ordonnances gaullistes de 1967 (« le démantèlement de la sécurité sociale ») ;
- l'institution d'un profit médical par le ministre Boulin ;

Un autre élément du contexte est le rapport du sénateur Blanchet, fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi portant réforme hospitalière. Sénat, annexe au PV de la séance du 3 nov. 1970 (cité p.19) :

« Nous sommes toujours prêts à payer cher la santé publique parce que nous la voulons toujours meilleure. Oui, sans doute la meilleure, mais à quel prix ? La courbe ascendante des dépenses de santé connaît une progression telle qu'elle atteindra dans quelques années le double du taux de croissance du produit national brut. Il y a là un phénomène grave auquel il faut porter remède, et le pays dans son ensemble doit, après les pouvoirs publics, en prendre à son tour conscience [...] ». « Le coût du prix de journée d'hôpital prend des proportions effarantes ».

- le vote de la loi hospitalière du 31 déc. 1970.

Avec des résultats désastreux : p. ex. la durée moyenne de vie n'augmente plus (p. 11 ; citant Edgar Andréani, *Eco & Stat* n°71, oct. 1975).

« La critique de droite reproche à l'hôpital son coût en croissance continue. La hausse vertigineuse des prix des journées hospitalières reflèterait un gaspillage éhonté. Certes, nier cet aspect des choses serait tomber dans le panneau de l'adversaire. Mais l'examen attentif des prix de journée démontre que la hausse est, pour une large part, la conséquence d'un transfert de charges qui incombent logiquement au budget de l'Etat. Il en est ainsi des dépenses d'investissement (constructions et équipements), des coûts de formation tant des étudiants hospitaliers que des personnels paramédicaux » (p. 13).

On remarque l'ambivalence des auteurs face au thème du gaspillage :

« En outre, il est vain de critiquer le gaspillage si on l'organise volontairement en limitant par exemple les moyens de gestion de l'administration des hôpitaux ». [...] « L'hypocrisie gouvernementale est vite démasquée lorsque l'on constate que sa dénonciation du gaspillage s'arrête curieusement lorsqu'il s'agit de s'interroger sur les profits fabuleux qu'accumulent les fournisseurs monopolistes des hôpitaux » (p. 14).

Du côté de l'ultra gauche qui prospère dans des médias aux ordres du capitalisme, les slogans à l'exagération insignifiante contre la structure sanitaire reviennent à dénoncer aussi la hausse des dépenses de santé : « La surconsommation des médicaments et des soins hospitaliers serait imputable aux médecins qui prescrivent et aux malades qui exigent ! » (p. 15). Mais en fait :

« Ce ne sont pas les malades et les personnels hospitaliers qui sont à l'origine des gaspillages hospitaliers mais les intérêts capitalistes qui faussent par l'argent les rapports à l'intérieur de l'hôpital » (p. 15).

Les idéaux revendiqués par ces auteurs s'expriment à la p. 199 d'une manière qui réserve une place à l'adaptation aux circonstances nouvelles ainsi qu'à une thématique de liberté : « Une société où il fait bon vivre n'est pas une société d'antagonismes. Vécue individuellement, la santé se définit socialement. Elle s'appuie sur l'état des forces productives. Elle est donc en constante évolution et s'insère dans la recherche de la liberté ».

3) Les éléments de convergence

Un accord semble devoir être possible sur la réponse aux besoins et la lutte contre les inefficacités. Mais il ne se réalise à peu près pas. Voyons pourquoi.

Parmi les références communes à tous et évidentes (présentes aux esprits), le préambule de 1946 : « La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

Ce que complète dans les termes suivants une « déclaration des libertés » (art. 36) élaborée par le PCF :

« Chacun a droit, gratuitement et sans discrimination, à la protection de sa santé et au bénéfice des mesures de prévention, de soins et de réadaptation que permettent les progrès scientifiques et techniques. Le secret médical, la liberté de prescription, le libre choix du médecin sont garantis ».

Et là apparaît la divergence, ou du moins la perception d'une divergence, car

« Cela n'est pas l'objectif du capital qui conteste le droit à la santé en objectant qu'elle coûte cher à l'économie nationale et qu'il faudrait dès lors choisir entre le développement du niveau de vie et l'accroissement des dépenses sanitaires » (p. 10).

Considérons maintenant *les inefficacités*. La conscience des inefficacités existe dans les deux camps et il y a en fait un consensus à ce sujet, sur une bonne distance.

Ainsi D&L soulignent que les doubles emplois, on ne s'en soucie pas. Ainsi, malgré la reconstruction, de l'hôpital de Libourne (Gironde) de 1968 à 1971, le ministre de la santé Robert Boulin, maire de Libourne, autorise la construction d'une clinique privée située... en face de l'hôpital (p. 114). Le problème est le biais en faveur de ce qui est rentable pour les trusts. L'« écrémage », soutenu par les disparités d'honoraires, porte surtout sur les secteurs rentables : maternité, chirurgie (p. 114-115).

4) Exemples du CNEH et de l'HOSTEL : ambiguïtés des normes de progrès technique et de marche vers l'efficacité

Il existait l'Ugap (Union des groupements d'achats publics, organisme à compétence interministérielle, permettant d'éviter la procédure d'appel à la concurrence, et spécialisé dans la fourniture des biens d'équipement) et la centralisation des achats

Malgré le rôle de l'Ugap dans le secteur hospitalier (p. 147), le ministère de la santé a créé un nouvel organisme en 1974 : le CNEH (centre national d'équipement hospitalier).

A ce propos, les auteurs écrivent : « La collaboration du CNEH n'est certes nullement obligatoire mais on peut affirmer que, seuls, auront l'oreille du ministère ceux qui n'oublieront pas d'en appeler au CNEH ». S'y rencontrent « les représentants des hôpitaux publics mais aussi des cliniques privées et les industriels. Parmi ces derniers, seuls les

représentants des entreprises les plus importantes siégeront au conseil d'administration du CNEH. Sur 22 administrateurs, 6 seront élus par le collège des industriels ! » (p. 148)

Il s'agirait, selon nos auteurs, d'une structure « de type corporatiste », regroupant fournisseurs et utilisateurs. Il s'agissait selon une commission réunie en 1970 (avec des fonctionnaires des Ministères de la Santé et de l'Industrie) d'instituer « à l'instar de ce qui s'était fait dans d'autres pays, une structure permettant aux spécialistes et aux hospitaliers français de se rencontrer et de mettre en commun leurs efforts pour améliorer l'équipement des hôpitaux » (note de la commission, citée p. 148).

La commission avait « constaté qu'un des obstacles au développement de l'activité des sociétés industrielles françaises s'intéressant au domaine biomédical était la grande diversité de ce matériel, tenant en particulier au fait que chaque établissement et même parfois chaque service agissait en demandeur isolé, qui, mal informé, exigeait des fabricants un appareillage spécifique. De ce fait, aucune production en série n'était possible [...] D'où l'idée de rationaliser autant que faire se peut le matériel, tant pour aider les fabricants à passer à un stade véritablement industriel que pour abaisser les coûts des équipements » (p.148).

Le CNEH est institué par un arrêté ministériel du 14 mai 1974 et chargé :

- d'entreprendre des études et recherches permettant une meilleure connaissance des besoins ;
- de contribuer à la coordination des mesures tendant à la rationalisation des matériels et des équipements ;
- d'assurer la liaison entre les industriels, les gestionnaires des établissements hospitaliers et les utilisateurs de matériels.

Autre exemple de « symbiose sur le terrain hospitalier des intérêts privés avec l'hôpital public » : aux VI^e assises de l'hospitalisation publique organisées par la FHF en janvier 1976, le rapporteur d'un groupe de travail devant étudier les rapports hôpital /industrie proposait d'officialiser les cellules expérimentales au sein de l'hôpital, dans des locaux mis à la disposition des industriels, pour étudier des techniques nouvelles.

La standardisation, l'expérimentation dans les hôpitaux de nouveaux appareillages : D&L reconnaissent qu'il s'agit de besoins, et ils écrivent même, p. 150 : « Objectivement, c'est-à-dire indépendamment de sa récupération par le système, la concentration des achats est positive ».

Mais ici l'intérêt privé entre en contradiction avec l'intérêt public (p. 150) :

« Car selon quels critères va-t-on choisir les entreprises pour l'octroi de locaux de recherche et d'expérimentation à l'hôpital ? L'hôpital représentatif de l'intérêt général va-t-il privilégier telle firme plutôt que telle autre ? Qui va financer de tels services ? Cette alliance entre le secteur public et le secteur privé, comparable à celle qui unit l'arbre au gui parasite, confirme la contradiction entre le développement social et l'appropriation privée des moyens de production » (p. 150).

Certains autres exemples méritent d'être cités :

- p. 150-51 : « certaines administrations hospitalières (Paris, Bordeaux, en particulier) viennent de développer un système d'achats groupés des produits pharmaceutiques dont la liste a été épurée des placebos et des doubles emplois. L'achat a été rationalisé et les commandes ont été regroupées. Le gain pour les établissements concernés n'est pas négligeable et il ne faudrait pas rejeter de telles expériences. Cependant, cette politique n'a pas mécontenté les plus importants laboratoires qui, seuls, ont pu pratiquer le cas échéant, pour un temps déterminé, des prix de dumping [...] afin d'enlever les marchés et de briser les autres concurrents. Il s'agit d'une véritable concentration par l'intermédiaire d'initiatives hospitalières ».

En particulier, le détour par le secteur public renforce les trusts au détriment du petit capitalisme sanitaire.

Il y a par ailleurs des éléments qui concernent l'évolution des rapports de force, et spécialement du pouvoir de contestation dans une perspective partisane, p. ex. dans ce qui est écrit à la p.155 :

« Economiquement, il peut être positif d'en appeler à des entreprises privées pour gérer certaines activités. Cependant, dans le système capitaliste, ces mesures recèlent toujours des motivations antiouvrières. En effet, n'est-il pas plus confortable de remettre au secteur privé une branche d'activité qui reste une des plus contestataires par la conscience de classe des travailleurs qui y sont employés ? De plus, n'est-ce pas un excellent moyen de faire échec aux avantages acquis ? Et, en particulier, au statut de la fonction publique qui assure la sécurité de l'emploi, facteur d'une meilleure liberté pour le travailleur dans le cadre de la défense de ses intérêts ».

Il y a donc un *enjeu de pouvoir* sous-jacent : le pouvoir de droite cherche à affaiblir des bastions de la contestation (ou de la vigilance) ouvrière. Cette réallocation du pouvoir dans la délibération publique prend forme sur la toile de fond de principes indéterminés, par exemple s'agissant des frontières du public et du privé comme le montre l'exemple suivant :

« Et les limites sont floues. Ne voit-on pas déjà le secteur privé se charger de l'hôtellerie!...A Lyon, il s'est ouvert en fév. 1976 un hôtel hospitalier construit dans l'enceinte de l'hôpital neurocardiologique avec des fonds privés provenant des établissements Mérieux et Novotel ; c'est un bel exemple de l'association public-privé » (p. 155).

Les auteurs poursuivent (p. 155-56) :

« Les promoteurs de l'Hostel (c'est le nom de cet hôtel hospitalier lyonnais) lui assignent trois vocations. La première est d'héberger les familles accompagnant les malades hospitalisés à l'hôpital neurocardiologique. La seconde est bien plus inquiétante puisque, selon *Le Quotidien du médecin* [6-7 fév. 1976], "l'hôtel prend le relais partiel de l'hôpital, et permet de débloquer à tt instant et efficacement des chambres occupées dans les hôpitaux pour laisser place aux malades en attente d'hospitalisation ou en cours de traitement. Il s'agit donc explicitement d'accueillir des malades hospitalisés ne nécessitant pas des soins constants, en laissant à leur charge tous les frais hôteliers jusque-là remboursés par la Sécurité sociale et inclus dans le prix de journée." Voilà donc, sous couvert d'efficacité, une remise en cause du droit à la santé. Le démantèlement du service public n'est pas gratuit. Sous-tendues par des arguments techniques et économiques, il s'agit, en fait, d'attaques politiques visant à remettre en cause la gratuité des soins. Faire payer les usagers est la seule politique de ce pouvoir de l'argent-roi ».

Et encore, p. 157 : « le pouvoir actuel veut, au nom de la vérité des prix, rançonner les usagers du service public en altérant une de ses finalités essentielles : l'accès de tous » ;

« Véritable nourrice du grand capital, l'hospitalisation publique est privatisée. Plutôt qu'au développement d'un secteur sanitaire privé à but lucratif, la hte finance vise à l'insertion de ses intérêts dans le champ du service public hospitalier. C'est plus sûr et moins voyant!... ».

Et voici un autre exemple, donné p. 169 :

« Dernièrement, les autorités responsables de l'Assistance publique de Paris demandaient - avec l'assentiment tacite de Mme Veil, ministre de la Santé - que l'achat des produits radioactifs nécessaires au laboratoire central de médecine nucléaire des hôpitaux parisiens ne s'effectue plus au Centre de l'énergie atomique qui est une société publique, mais à une société privée : Isotec - distributrice en France des produits de la firme britannique, Amerstham » (*L'Humanité*, 23 juin 1976), d'où une question écrite du député communiste Robert Vizet.

La conclusion est que

« l'hôpital subit une mutation volontairement désordonnée pour les besoins de la hte finance, détentrice des intérêts des trusts fournisseurs de matériel et constructeurs » (p.178).

4) L'impossible accord : les ambiguïtés et le rôle des craintes concernant l'allocation du pouvoir

L'ambiguïté entourant l'appréciation des responsabilités

Cette ambiguïté joue un rôle considérable parce que la désignation des « coupables » de l'augmentation des dépenses de santé permet d'appuyer telle ou telle intention de réforme. Il s'agit donc d'un outil aux mains du pouvoir.

Edgar Andréani (*Economie et Statistique* n°71, oct. 1975) reprenait à son compte l'idée que les malades se rendent malades par leur style de vie :

« on en arrive à se demander si la médecine peut être vouée, indéfiniment et à coût croissant, à essayer de réparer les erreurs commises dans notre vie quotidienne sans que nous ayons à changer nos comportements » (p.11)

A quoi il est rétorqué par D&L, assez classiquement, que ce n'est pas la faute des mineurs si la silicose les tue. C'est le capitalisme qui sacrifie l'homme (p. 12).

L'ambiguïté entourant l'appréciation des effets des politiques sur la santé et l'équité sanitaire

Un rôle important est joué, dans la réception critique de la politique « de droite », par l'ambiguïté entourant le *résultat* ou *l'effet pertinent* à prendre en compte pour apprécier la qualité des soins et de la réponse aux besoins.

Par ailleurs, on remarque des craintes concernant les modalités de *l'évaluation des politiques*, et son rôle dans l'évolution des rapports de légitimité et l'évolution probable vers plus d'iniquité dans le traitement des malades. Tout cela doit jouer un rôle dans la conception des politiques et les conditions de la délibération publique à leur propos.

En effet :

« Il faut distinguer productivité des soins et productivité résultante au niveau social. Un gain de productivité des soins peut se traduire au niveau de l'hôpital par un accroissement des coûts qui entraîne une augmentation du prix de journée. Au niveau social, il peut en être autrement puisque le malade est plus rapidement réinséré dans son milieu ».

La renégociation des critères d'évaluation et la relativisation du rôle de la médecine sont insérées selon D&L dans des complexes idéologiques comme on le voit dans la critique développée à la p. 171 : le rapport de la commission santé du VII^e plan développe "une phraséologie visant à évacuer sur les comportements individuels les responsabilités écrasantes du système économiste capitaliste », ce qu'illustrent les citations d'un texte supposé d'inspiration illichienne :

« Pour une part sans doute croissante, la demande de santé exprime un besoin de réconfort psychologique ou de sécurité et un désir de relation et d'écoute que la société ne paraît pas à même de satisfaire, et qui sont "médicalisés" par ceux qui les ressentent » (cité p. 190)

« L'élargissement de la demande de santé vers une demande de réconfort plus générale peut s'expliquer par une baisse de tolérance à l'égard de la souffrance, liée elle-même à l'habitude d'un meilleur bien-être, et simultanément par la croyance en un développement continu des possibilités et de l'efficacité du système de soins » (cité p. 190).

Il s'agirait donc d'une "médicalisation des problèmes non sanitaires qui « pourrait être liée à la crise des valeurs que connaît notre société , et aux insuffisances de l'organisation sociale », à l'insuffisant développement des « solidarités sociales », et aux inégalités qui demeurent fortes, à la difficulté de donner un sens à la vie (aux maux, à la mort) alors que les valeurs religieuses régressent et qu'il n'existe pas de projet collectif « suffisamment mobilisateur » (rapport p.22, cité p. 191).

Les craintes concernant la liaison supposée entre norme de rationalisation et évolution inéquitable de l'accès aux soins

Trois lois ont successivement réformé l'institution : la loi de 1941, les ordonnances de 1958 qui font de l'hôpital public le lieu privilégié de l'enseignement et de la recherche (création des CHR et des CHU), enfin la loi du 31 décembre 1970.

Ces réformes successives sont critiquées à cause d'*enjeux de pouvoir* : elles sont dites antidémocratiques ("elles renforcent la centralisation des administrations hospitalières et le caractère technocratique de leur gestion") et antipopulaires ("elles privilégient ou essaient de privilégier les besoins des grands monopoles aux dépens des besoins populaires") (p. 35).

Cela s'explique : "La tendance fondamentale du CME est de favoriser la centralisation et la hiérarchisation de l'administration afin d'étendre le contrôle de l'appareil d'Etat. Le service public hospitalier subit diverses formes de tutelle et de contrôle, légales ou non, apparentes ou non, afin de le mettre à la disposition des grands intérêts privés." (p.37).

Les tentatives de rationalisation du service public hospitalier sont envisagées dans cette perspective critique, en commençant par la rationalisation institutionnelle. Selon la loi hospitalière du 31 décembre 1970, art.3 :

« le service public hospitalier est assuré :

1. par les établissements d'hospitalisation publics ;
2. par ceux des établissements privés qui répondent aux conditions énumérées... » (les charges et obligations de service public).

Ce qui suscite ce commentaire :

« ... le mobile économique provoque une discrimination des populations visées. Dans le cadre du CME, il convient de soigner massivement les agents éco productifs et donc, en premier lieu, les travailleurs, puisque le renouvellement de leur force de

travail est la condition nécessaire de la mise en valeur du capital. Les soins dispensés aux improductifs sont très dévalorisés » (p.41).

La loi de 1970 :

« Elle cherche à promouvoir des établissements et des services de soins actifs à court séjour et à très haute technicité, d'une part, d'autre part, à isoler les services et hôpitaux d'hébergement ou de soins de moyen et long séjour » (p.42).

Deux notions clés émergent ainsi : prix de journée, durée de séjour ;

« Selon les normes administratives, le degré de spécialisation technique est inséparable de la notion de durée de séjour. Les lits hyperspécialisés doivent être ceux dans lesquels le séjour est le plus bref » (p.42).

Cf. articles d'Antoinette Chauvenet dans la revue *Sociologie du travail* ; dont D&L citent le texte intitulé « Spécialisation médicale et classement social » :

« Le classement des maladies en fonction de leur durée et des moyens de traitement est, dans le même temps, un classement d'ordre social. On sait que les maladies chroniques et invalidantes atteignent de façon très inégale les différentes catégories socio-professionnelles. Le risque payé à la croissance éco pèse davantage sur les catégories sociales ouvrières et certaines branches de la production plus que d'autres. Par conséquent, le classement des hôpitaux en s'appuyant sur la morbidité sociale différentielle est facteur d'inégalités sociales au niveau de la prise en charge des corps ».

Il s'agirait donc de privilégier, selon A. Chauvenet, « une notion de rendement de la santé défini en termes de valeur économique de l'homme » (cité p. 42).

Les statistiques avancées par Mme Chauvenet : montrent que "la hiérarchisation technique des hôpitaux correspond en fait à une hiérarchie en fonction des catégories sociales". D&L p.43 : « On peut en déduire que le classement des établissements, des services et des maladies - qui résultent d'une politique de classe - engendre une prise en charge médicale de classe » (p.43).

Chauvenet, citée p.43, affirmait :

« Le prix de journée et la rotation maximale des lits opèrent comme critères de sélection socio-médicale des malades. Celui de la durée de la maladie pèse sur les catégories sociales les plus malades, les plus exposées (personnes âgées, population ouvrière, travailleurs immigrés) ».

Conclusion de D&L p. 44 : la spécialisation est devenue « un instrument de rationalisation professionnelle et politique du classement des maladies et des malades ».

L'ambiguïté entourant la répartition des pouvoirs

La loi de 1970 portant réforme hospitalière, selon D&L :

« institue un service public hospitalier reposant largement sur le secteur public dont l'activité est ouverte aux entreprises privées et aux banques d'affaires. Nous assistons avec cette loi à une adaptation aux besoins des monopoles d'un secteur dont les activités intéressent le grand capital » (p.12).

Cela est mis en relation avec le centralisme gaulliste, qui rejoint la tendance à la concentration inhérente au capitalisme : cf. le sénateur communiste A.Aubry, cité p. 12 (en 1970 lors de la discussion du projet de loi hospitalière ; JO débats du Sénat, p.1749, jeudi 5 nov. 1970) :

« les réformes qui nous sont proposées vont dans le sens du centralisme et de la mise à la disposition des intérêts privés de cet important service public »

Et le porte parole du PCF, Roland Leroy, renchérisait :

« [...] votre projet a pour caractéristique propre d'offrir aux grandes sociétés capitalistes de nouvelles sources de profit dans le domaine sanitaire » (JO Débats de l'A. nationale, p. 6110 ,vend. 4 déc. 1970) (cité p.12)

D& L attaquaient par ailleurs le rôle des médias :

« L'opinion publique est "matraquée" constamment par des slogans sur le coût inabordable des prix de journées hospitalières ou sur l'"inhumanité" des grands ensembles hospitaliers » (p.13).

D&L observent par ailleurs, p. 133), à propos des ordonnances de 58, que dans le établissements de plus de 200 lits, le directeur est l'ordonnateur (le décideur des dépenses) tandis que dans les autres, c'est le maire (président de la commission administrative).

Pour Jean Palewski (proposition du RPF No 81, séance 11 juillet 1951, JO Assemblée Nationale, docs parlementaires, rapport de présentation) : indépendance, autorité et responsabilité ne sont pas l'exclusivité du directeur, mais dépendent en fait de la tutelle ministérielle puisque « la vie courante hospitalière serait facilitée d'autant que tous les arrêtés ministériels ou préfectoraux seraient immédiatement applicables sur simple décision du directeur » (avec un rôle simplement consultatif pour la commission administrative, devenant commission locale hospitalière consultative).

D'où la question posée p. 133 : « N'est-ce pas une défiance envers la démocratie qui ne peut s'exprimer valablement que localement ? ».

En 1970, selon les auteurs, les directeurs d'hôpitaux « furent les dupes d'une loi qui accroît leurs prérogatives au bénéfice du pouvoir central » : « Ne retrouve-t-on pas à ce niveau la flatterie du pouvoir envers des techniciens issus de grandes écoles, supposés malléables à loisir ? » (p.134).

Dans le même sens, on trouve l'exemple des Syndicats hospitaliers, qui donne lieu à une étude détaillée des processus prévisibles de réallocations de pouvoir sous l'étendard de principes d'efficacité (ca. p.135).

Selon la loi de 70, « la direction de ces syndicats est confiée à un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le président du conseil d'administration. Le conseil d'administration sera donc l'assemblée délibérante et le secrétaire général l'organe exécutif. Or, ce dernier sera un technicien, vraisemblablement issu de l'ENA, qui aura pour mission d'appliquer la politique du pouvoir au niveau régional ».

Il y a une connexion essentielle selon D&L entre le thème de la rationalisation et l'évolution des pouvoirs dans une direction anti-sociale. C'est ce que peut montrer selon eux l'analyse de la rationalisation de la gestion du service public hospitalier. Depuis 1941, on assiste selon les auteurs au renforcement des pouvoirs de l'administration hospitalière (p. 46-47).

« Dès 1941, sous Vichy, apparaît une nouvelle catégorie de fonctionnaires, les directeurs d'hôpitaux. A l'époque, ils sont nommés par les préfets. En 1953, à l'occasion de la mise en oeuvre du plan comptable hospitalier, une réforme est envisagée visant à retirer aux commissions administratives, où siègent des élus locaux, le pouvoir financier. Cette idée se concrétise en 1958 : les directeurs deviennent ordonnateurs de dépenses. La loi de 1970, en son article 22, renforce ces mesures en conférant au conseil d'administration une compétence d'attribution. Désormais, ses pouvoirs sont limitativement énumérés par la loi, de façon très restrictive ».

D&L p. 47 citent S. Lamy-Rested, « Réflexions sur le statut de l'établissement d'hospitalisation public », *Revue trimestrielle de droit sanitaire et social*, No. 37 et 38, janvier et juin 1974 :

« C'est justement pour répondre à un souci de rationalisation de la gestion que le législateur a prévu une nouvelle répartition des pouvoirs entre les organes dirigeants de l'hôpital. Le principe qui a servi de base à cette répartition est analogue à celui qui a présidé dans les articles 34 et 37 de la Constitution de la V^e République à la délimitation des pouvoirs entre le pouvoir législatif et le pouvoir réglementaire (le gouvernement) : tout ce qui n'est pas expressément mentionné par l'art 34, qui définit le domaine de la loi, entre dans le domaine réglementaire. De la même manière, dans les hôpitaux publics, tout ce qui ne figure pas expressément dans l'art 22 de la loi de 1970, définissant les attributions du conseil d'administration, est désormais de la compétence du directeur ».

Et plus loin, cité aussi p. 47 :

« L'action hospitalière tend ainsi à ne plus être rattachée aux collectivités locales que pour la forme et à leur échapper en pratique chaque jour un peu plus. Dans le

domaine hospitalier comme dans beaucoup d'autres, le procédé de l'érection en établissement public a permis à l'autorité de tutelle, c'est-à-dire à l'Etat, de limiter le rôle des élus locaux et de renforcer ses possibilités de contrôle et d'intervention ».

D'où le diagnostic de D&L p.47 :

« La concentration des décisions au niveau de la direction s'est accompagnée d'une centralisation des décisions. En effet, les directeurs, nommés à partir de 1958 par le ministre de la Santé, se sont vu attribuer le pouvoir d'ordonnancement des dépenses et de nomination du personnel avec tout ce que cela comporte (pouvoir disciplinaire, choix des avancements). En 1970, la loi hospitalière leur donne une compétence générale à l'opposé de la compétence d'attribution du conseil d'administration ».

En particulier, c'est la direction qui prépare les budgets et qui les exécute ; le conseil d'administration ne fait que les voter. Or, le directeur d'hôpital n'est pas un entrepreneur, c'est un fonctionnaire : nommé par le ministre, sa carrière dépend des décisions du ministère :

« Sa gestion est de surcroît triplement contrôlée, au niveau local par les services des directions de l'action sanitaire, au niveau national par le corps de l'inspection générale et au niveau financier par les services du ministère des Finances ».

« La concentration du pouvoir au niveau local s'est donc accompagnée d'une centralisation qui revêt deux aspects :

- l'étroite dépendance de l'organe de direction à l'égard du ministère ;
- la centralisation réelle des décisions, retirées dans les faits au conseil d'administration ».

(p.48)

La loi hospitalière de 1970 accentue le phénomène par la création de **syndicats interhospitaliers de secteur et de région**.

D&L p.48 : « De préférence seront concentrés les secteurs stratégiques représentant de gros marchés, afin de mieux les placer à la disposition des monopoles : citons l'informatique hospitalière, les investissements lourds, les marchés de prestation de service et d'ingénierie, les actions de formation du personnel, etc. ».

« De surcroît, les syndicats interhospitaliers seront gérés par des fonctionnaires "politiques" nommés par le ministre : des "secrétaires généraux". Les conseils d'administration où siègent plusieurs dizaines de membres seront des assemblées d'enregistrement plus que des organes délibérants.

La présence de représentants des collectivités locales dans lesdits conseils n'est pas de droit ni même garantie par les textes » (p.48).

p.49 « Enfin, le gouvernement, lors du vote de la loi hospitalier, a insisté sur l'aspect démocratique de l'adhésion des hôpitaux au syndicat ».

En fait, il s'agit d'une illusion juridique qu'il faut dénoncer, car les hôpitaux seront amenés à adhérer qu'ils le veulent ou non. S'ils ne sont pas adhérents, ils ne pourront pas bénéficier

des prestations qui prendront vite un caractère d'obligation de fait." (par ex. il devait devenir difficile de construire un nouvel établissement sans appartenir au syndicat interhospitalier).

Tout cela apparaît comme la suite de principes généraux :

« La rationalisation du service public et la mise en oeuvre des mesures de concentration et de centralisation nécessitent l'adoption de nouvelles techniques de gestion » (p. 49).

L'ambiguïté entourant la gestion financière et l'usage des techniques de gestion

Selon D&L, depuis plusieurs années, le ministère de la Santé s'ingénie à promouvoir des techniques quantitatives dans les hôpitaux. Le renforcement de l'appareil statistique permet de mieux contrôler la gestion par le biais du traitement informatique.

Ces techniques de gestion – rationnelles mais dénaturées par les objectifs poursuivis – présentent un triple avantage pour le pouvoir des monopoles :

- « Elles permettent de mieux connaître les coûts et conduisent les institutions à agir afin de réduire ceux-ci. De ce point de vue, elles se placent donc dans la lignée des dispositions visant à limiter les dépenses de santé.

- Elles favorisent la centralisation des données et des infos de toute nature. Ce processus est logique dans le cadre des objectifs antidémocratiques du pouvoir.

- Elles permettent enfin de culpabiliser les administrateurs locaux, les gestionnaires et les médecins en déplaçant adroitement les responsabilités des monopoles et en masquant les causes réelles de la formation des coûts » (p.49-50)

Par ailleurs (p.50) :

« les techniques qualitatives (direction par objectifs, etc.) sont préventives : elles visent à éviter une élévation du niveau des luttes et de la prise de conscience ».

Finalement :

« L'utilisation des techniques de gestion éprouvées dans les grands trusts n'est donc pas neutre : elle répond à une exigence politique du CME dans le cadre de la gestion des services publics » (p. 50).

Conclusion.

Nos études de cas illustrent le fait qu'en présence d'aspects stratégiques de l'interprétation, l'accord ou l'absence d'accord sur les finalités de l'action collective ne se laisse pas

comprendre seulement en se référant aux valeurs ou convictions des agents. En somme, il ne suffit pas de tomber d'accord sur les principes essentiels pour agir de manière concertée.

On n'arrive pas à bâtir la confiance autour de finalités partagées, bien qu'il y en ait (et même, il y en a autour de ce qui semble le plus fondamental). Pour qu'un autre type d'implémentation des politiques soit possible (p. ex. dans la direction prévue par la matrice de Matland), il semble nécessaire d'institutionnaliser non la recherche d'accord mais la participation à la gestion du désaccord.

Le rôle des principes d'efficacité apparaît profondément divisé : d'un côté, ils s'offrent en soutien de l'effort collectif, pour le guider vers le plus utile ; d'un autre côté, ils peuvent être soupçonner de brider, au nom d'impératifs comptables ou administratifs largement arbitraire, la satisfaction réelle des besoins. La référence à l'efficacité est parfois identifiée à la reconnaissance implicite d'un pouvoir de décision trop important, et croissant, à des instances d'administration ou de contrôle chargées de veiller au respect d'impératifs d'efficacité, ou encore à la fructification d'intérêts privés présents dans la société. Alors même qu'un accord existe en vue de promouvoir l'efficacité, les mots par lesquels on formule cette norme d'efficacité apparaissent importants en eux-mêmes et peuvent gêner la délibération en commun à cause d'anticipations adverses sur le déroulement futur du processus. Dans ces conditions, la référence aux principes d'équité joue un rôle important dans la défiance vis-à-vis des politiques de rationalisation tournées vers l'efficacité.

Cela illustre un mécanisme plus général, en vertu duquel les principes généraux, tout en offrant des ressources pour l'accord autour des politiques, peuvent abriter des réallocations de pouvoir qui dégradent les positions de négociation ultérieures des parties prenantes, et donc leur capacité à influencer sur l'interprétation retenue des principes (ou sur la manière d'articuler entre eux les principes). Tout cela peut être anticipé par les agents et engendrer un blocage de la construction de compromis sociaux. Les exemples que nous avons empruntés aux politiques de santé françaises paraissent confirmer la réalité de cet effet et permettent de localiser en ce point une source essentielle de la défiance qu'inspirent, dans certains milieux au moins, les politiques mises en œuvre.

Références

Arnsperger (C.) et Picavet (E.) [2004] « More than *modus vivendi*, less than overlapping consensus : Towards a political theory of social compromise ». *Social Science Information / Information sur les sciences sociales*, 43 (2), p. 167-204.

- Bellamy (Richard) [1999] *Liberalism and Pluralis. Towards a Politics of Compromise*. Londres et New York, Routledge.
- Benn (S.) et Peters (R.) [1959] *Social Principles and the Democratic State*, Londres, Allen et Unwin.
- Calvert (Randall) et Johnson (James) [1999] « Interpretation and Coordination in Constitutional Politics », in Hauser (E.) et Wasilewski (J.), dir., *Lessons in Democracy*. Jagiellonian University Press et Rochester, University of Rochester Press.
- Coste (J.) et Leplège (A.) [2001] *Mesure de la Santé Perceptuelle et de la Qualité de Vie : méthodes et applications*, Paris, ESTEM.
- Dauenhauer (Bernard) [2000] « A Good Word for a *Modus Vivendi* » in Davion et Wolf [2000].
- Davion et Wolf, dir. [2000] *The Idea of a Political Liberalism. Essays on Rawls*. Lanham, Rowman & Littlefield Publishers.
- Deacon (Bob) [2003] *Global Social Governance : themes and prospects*. Helsinki, 2003 ; issu du cabinet de conseil : Globalism and Social Policy Programme (GASPP), Stakes, Helsinki et Université de Sheffield (GB).
- Duniez (M.), Lequet-Slam (D.) et Chambaud [2005] « Y a-t-il convergence dans la détermination des priorités de santé publique en Europe ? », *Santé publique*, 12(4), 2000, 485-496.
- Dumont (Jacques) et Latouche (Jean) [1977] *L'hospitalisation malade du profit*. Paris, Editions sociales.
- Feinberg (J.) [1973] *Social Philosophy*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Griffin (J.) [1986] *Well-being. Its Meaning, Measurement and Moral Significance*, Oxford Clarendon Press.
- Hampshire (Stuart) [2001] *Justice Is Conflict* (Tanner Lectures on Human Values) Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Hershovitz (Scott) [2000] « A Mere Modus Vivendi ? » in Davion et Wolf [2000].
- Jones (Alun) et Clark (Julian) 2001 *The Modalities of European Union Governance. New Institutional Explanations of Agri-Environmental Policy*. Oxford, Oxford University Press.
- Kelsen (Hans) [1960] *Reine Rechtslehre*, 2^{ème} éd., trad. fr. par Ch. Eisenmann, *Théorie pure du droit*.
- Lamy-Rested (S.) [1974] « Réflexions sur le statut de l'établissement d'hospitalisation public ». *Revue trimestrielle de droit sanitaire*, No. 37 et 38, janvier et juin 1974.
- Matland (Robert) [1995] « Synthesizing the Implementation Literature : The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation ». *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5/2, 1995, p. 145-175.
- Miller (D.) [1976] *Social Justice*, Oxford, Clarendon Press.
- Mills (Claudia) [2000] « “Not a Mere Modus Vivendi” : The Bases for Allegiance to the Just State », in Davion et Wolf [2000].
- Moatti (Jean-Paul) [2000] « Dons d'organes : un révélateur des arbitrages entre l'efficacité et l'équité dans le système de santé ». In : Carvais (Robert) et Sasportes (Marilyne), *La Greffe humaine. (In)certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'autre*. Paris, Presses Universitaires de France, 2000.
- Moor (Pierre) [2005] *Pour une théorie micropolitique du droit*. Presses Universitaires de France.
- Nordenfelt (L.) [1994] « Towards a Theory of Happiness : A Subjectivist Notion of Quality of Life », in Nordenfelt (dir.) *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Dordrecht, Kluwer.
- Pariente-Butterlin (Isabelle) [2005] *Le droit, la norme et le réel*, Paris, PUF.

- Rawls (John) [1971] *A Theory of Justice*, 2^{ème} éd., 1999 ; tr. fr. de la première édition par C. Audard, *Théorie de la justice*, Paris, Seuil.
- Sen (A. K.) [1992] *Inequality Reexamined*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press ; trad. franç. *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil, 2000.
- Soubie (R.) [1994] (avec Jean-Louis Portos, Christian Prieur) *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie : rapport au Premier ministre*, Paris, La Documentation Française, Collection des rapports officiels.
- Walzer (M.) [1983] *Sphères de la justice*, Paris, Seuil, 1997.
- Weil (Simone) [1960] *L'Enracinement*, Paris, Gallimard.
- Wiggins (D.) [1985] « Claims of Need », in T. Honderich (éd.), *Morality and Objectivity*, Londres, Routledge et Kegan Paul.